

MORBIDADE DE MENORES DE UM ANO EM HOSPITAL ESCOLA - REFERÊNCIA  
E CONTRA-REFERÊNCIA\*

Tadeu Lemos\*\*  
Maria da Graça Araújo Garcia\*\*

ORIENTAÇÃO: Carlos Eduardo A.  
Pinheiro (Depto. Pediatria)  
e Lúcio José Botelho (Depto  
Saúde Pública)

Florianópolis - SC

1988

---

\* Trabalho apresentado à Comissão de Internato Hospitalar --  
Área de Pediatria

\*\* Alunos da 11ª fase do Curso de Graduação em Medicina/UFSC

Este trabalho é dedicado àqueles professores que efetivamente assumem um compromiso sério quanto à garantia da qualidade de nossa formação profissional. A eles, representados por Maninho e Lúcio, nosso carinho e gratidão.

Tadeu e Daça

## SUMÁRIO

Realizamos um estudo descritivo, com o objetivo de detectar a existência de um sistema de referência e contra-referência entre a rede básica de saúde e um hospital de referência (Hospital Universitário/HU-UFSC\*).

Estudamos o universo de pacientes menores de 1 ano internados na Unidade de Pediatria do HU, no período de julho de 1987 a junho de 1988, demarcando-se como principal procedência a área de abrangência do HU.

Observamos que, enquanto apenas 10,8% dos pacientes foram referidos, 71,84% foram contra-referidos para o próprio hospital e somente 1,4% para seu local de origem, sendo que a maioria das causas de internação levantadas são preveníveis e/ou tratáveis a nível primário e secundário.

\* Universidade Federal de Santa Catarina.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Nacional de Saúde foi apresentado oficialmente após a Vª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1975. A partir daí, intensificou-se no país a discussão sobre as questões da descoordenação existente entre os serviços de saúde, evidenciando a insatisfação geral dos dirigentes, profissionais e população quanto à qualidade dos serviços prestados.

Várias propostas de organização do sistema de saúde foram formuladas sem, entretanto, serem aplicadas, como por exemplo o PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde em 1980, e o CONASP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária em 1981, que continha em seu plano as Ações Integradas de Saúde - AIS(9).

As AIS, como estratégia para reorganização/racionalização do sistema de saúde(16), destacaram-se por sua abrangência e foram amplamente implantadas no país até o momento da realização da VIIIª CNS em março de 1986, a qual lançou a proposta de implantação da Reforma Sanitária no país (17).

A partir de 1987, os Ministérios da Saúde, Previdência Social, Educação e Trabalho propuseram um novo convênio com os governos estaduais para a criação do SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, contemplando as proposições da Reforma Sanitária.

Por sua vez, o MEC, que possui a segunda maior rede hospitalar do país em número de leitos(9), criou o Plano Nacional de Apoio ao Desenvolvimento dos Hospitais Universitários, propiciando melhorias graduais em sua infra-estrutura.

Recentemente, com a reclassificação dos hospitais universitários, realizada pela CIPLAN e ABEM (Associação Brasileira de Ensino Médico), a partir da criação de Índices Adicionais de Valorização (IAV - regionalização)(9), esta havendo maior repasse de recursos financeiros do INAMPS aos HUS, estimulando os hospitais a serem participantes do processo de articulação com as redes regionais de saúde, e viabilizadores da formação do médico geral e do desenvolvimento de programas de ensino-aprendizagem extra-muros, com a utilização da rede geral de serviços e não apenas dos hospitais, corroborando a necessidade de integração entre as instituições prestadoras de serviços de saúde e as formadoras de recursos humanos. Assim sendo, as escolas médicas devem atuar ativamente como co-responsáveis na busca do aprimoramento da rede de serviços que compõe o SUDS, procurando, também, adequá-la para o ensino.

Dentro deste contexto, o MEC toma a iniciativa formal de implantar e apoiar o desenvolvimento do Plano



UNISIS - Universidade Integrada ao Sistema de Saúde que tem por objetivos:

- concretizar a integração das Universidades/Instituições de Ensino Superior ao Sistema de Saúde, em consonância com as diretrizes da Reforma Sanitária e com os princípios do SUDS, em todos os âmbitos - do planejamento e da administração, bem como no da prestação de serviços nos seus diversos níveis;
- contribuir para a viabilização da formação de recursos humanos nos diversos níveis de complexidade, de graduação e pós-graduação das Universidades, bem como de educação continuada para todos os profissionais da rede, propiciando estímulo à readequação ampla da formação, a partir da reorientação dos setores de ensino e de pesquisa com sua inserção na rede de serviços (9).

A proposta contida no UNISIS é de que, no momento em que o país se democratiza e a luta pela igualdade e justiça social se faz presente a toda hora, a Universidade assuma seu papel de contribuir com todos os seus meios para a melhoria do nível de saúde da população brasileira. Ao oferecer um serviço de saúde à população, gerará uma demanda: pessoas que passam a procurar e estabelecer um vínculo com o serviço, buscando solução e ajuda para seus problemas.

Dentre os serviços prestados pelo Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) está o de Pediatria, com ambulatorios internos, unidades de emergência e internação hospitalar, e ambulatorios externos (postos de saúde periféricos de atendimento médico geral, incluindo programas de atenção à saúde infantil) (3-12). Para entendermos como se dá a interação entre os níveis de atendimento à população beneficiária desses serviços, tomaremos como ponto de referência a parcela de crianças menores de 1 ano sob regime de internação hospitalar. A razão disso é que as crianças entre 0 e 1 ano de idade constituem a parcela de maior risco de morbidade, sendo justamente a maior suscetibilidade que os lactentes apresentam às condições ambientais que tem conferido ao coeficiente de morbimortalidade infantil o papel de indicador não apenas de saúde, mas, inclusive, do nível de vida da população (19).

Técnicas de planejamento em saúde, como as do Centro de Estudos do Desenvolvimento (CENDES-OPAS), utilizam os dados de morbidade registrados nos serviços como estimador dos problemas prevalentes da comunidade e como indicadores da política do serviço (14).

Na literatura encontramos muitos trabalhos em que a morbimortalidade infantil, além de utilizada como indicador de saúde, tem sido correlacionada com variáveis sócio-econômicas transformando-se em indicador de qualidade de vida (1-2-8-10-14-18-19-20). Entretanto, ainda encontramos poucos estudos ou propostas de operacionalização do atual modelo de assistência à saúde, que preconiza a organização das unidades operacionais em ordem de complexidade crescente de atendi-



UNISIS - Universidade Integrada ao Sistema de Saúde que tem por objetivos:

- concretizar a integração das Universidades/Instituições de Ensino Superior ao Sistema de Saúde, em consonância com as diretrizes da Reforma Sanitária e com os princípios do SUDS, em todos os âmbitos - do planejamento e da administração, bem como no da prestação de serviços nos seus diversos níveis;
- contribuir para a viabilização da formação de recursos humanos nos diversos níveis de complexidade, de graduação e pós graduação das Universidades, bem como de educação continuada para todos os profissionais da rede, propiciando estímulo à readequação ampla da formação, a partir da reorientação dos setores de ensino e de pesquisa com sua inserção na rede de serviços (9).

A proposta contida no UNISIS é de que, no momento em que o país se democratiza e a luta pela igualdade e justiça social se faz presente a toda hora, a Universidade assuma seu papel de contribuir com todos os seus meios para a melhoria do nível de saúde da população brasileira. Ao oferecer um serviço de saúde à população, gerará uma demanda: pess<sub>o</sub>as que passam a procurar e estabelecer um vínculo com o serviço, buscando solução e ajuda para seus problemas.

Dentre os serviços prestados pelo Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) está o de Pediatria, com ambulatorios internos, unidades de emergência e internação hospitalar, e ambulatorios externos (postos de saúde periféricos de atendimento médico geral, incluindo programas de atenção à saúde infantil) (3-12). Para entendermos como se dá a interação entre os níveis de atendimento à população beneficiária desses serviços, tomaremos como ponto de referência a parcela de crianças menores de 1 ano sob regime de internação hospitalar. A razão disso é que as crianças entre 0 e 1 ano de idade constituem a parcela de maior risco de morbidade, sendo justamente a maior suscetibilidade que os lactentes apresentam às condições ambientais que tem conferido ao coeficiente de morbimortalidade infantil o papel de indicador não apenas de saúde, mas, inclusive, do nível de vida da população (19).

Técnicas de planejamento em saúde, como as do Centro de Estudos do Desenvolvimento (CENDES-OPAS), utilizam os dados de morbidade registrados nos serviços como estimador dos problemas prevalentes da comunidade e como indicadores da política do serviço (14).

Na literatura encontramos muitos trabalhos em que a morbimortalidade infantil, além de utilizada como indicador de saúde, tem sido correlacionada com variáveis sócio-econômicas transformando-se em indicador de qualidade de vida (1-2-8-10-14-18-19-20). Entretanto, ainda encontramos poucos estudos ou propostas de operacionalização do atual modelo de assistência à saúde, que preconiza a organização das unidades operacionais em ordem de complexidade crescente de atendi-

mento: níveis primário, secundário e terciário (8-12).

Para que a ação de saúde se efetive na sua total abrangência, deve-se ter um modelo organizado de controle do fluxo de pacientes dentro da complexidade do sistema, em todos os níveis. Porém, sabemos que o fluxo dos pacientes nos serviços não se faz em ordem crescente de complexidade, de acordo com os 3 níveis de atenção à saúde propostos pelo atual sistema. A porta de entrada do paciente no serviço se dá, atualmente, tanto a nível primário, secundário como terciário, ou seja, o paciente procura assistência tanto através dos postos de saúde e ambulatórios gerais, como de ambulatórios de especialidades médicas ou dos serviços de emergência dos hospitais, dificultando ou mesmo inviabilizando o acompanhamento adequado da saúde do paciente. É importante que haja interação entre os diversos setores de atendimento da rede no sentido de que, uma vez inserido no sistema, o paciente seja referido para o nível de atendimento adequado às suas necessidades, sendo sistematicamente acompanhado (6-16).

Conceitualmente, o sistema de referência é definido como a necessidade de se atender as pessoas em unidades básicas de saúde e referí-las às unidades mais complexas à medida das necessidades (6), sendo contra-referidas às unidades básicas em ordem decrescente de complexidade uma vez solucionados seus problemas.

Para que se viabilize o acompanhamento adequado dos pacientes dentro dos diversos níveis de atenção à saúde há que se ter um sistema de referência e contra-referência que garanta a racionalização e a eficácia operacional do serviço (7).



## MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho tem um cunho descritivo, com eixo de aferição temporal. A partir dos dados registrados no Serviço de Arquivo Médico (SAME) do Hospital Universitário (HU), por meio de análise de prontuários, foi estudado o universo de pacientes menores de 1 ano internados na Unidade de Pediatria, com levantamento do quadro de morbidade, no período de julho de 1987 a junho de 1988, segundo protocolo em anexo.

A partir do critério básico idade, escolhido por representar, além de morbimortalidade alta, necessidade de consultas frequentes (puericultura), os pacientes foram agrupados segundo a área de procedência: área 1 compreendendo os bairros de abrangência do HU ( Trindade, Serrinha, Córrego Grande, Pantanal, Saco dos Limões, Costeira, Santa Mônica e Lagoa da Conceição )(3-12), considerado hospital de referência, de acordo com o Plano Municipal de Saúde; área 2 compreendendo os demais bairros do município de Florianópolis ; área 3, outros municípios.

Procuramos detectar como se deu a entrada dos pacientes no serviço de saúde, se através da emergência, ambulatórios internos ou por encaminhamentos externos.

Embora sabendo que, necessariamente, todos os pacientes internados são admitidos através da emergência, consideramos referidos aqueles pacientes encaminhados ao HU por seus médicos assistentes e contra-referidos aqueles pacientes encaminhados para controle ambulatorial após alta hospitalar.

Analizamos a relação entre a procedência do paciente e a porta de entrada no serviço de saúde do HU, traçando um paralelo entre a existência ou não de referência e contra referência , e entre a área de procedência dos pacientes e a sua contra-referência, quer para os ambulatórios do HU , encaminhados para o HIJG\* ou para o local de origem.

Correlacionamos o quadro de morbidade levantado com o atual modelo de assistência à saúde, tendo como parâmetro a existência ou não de referência.

\*HIJG - Hospital Infantil Joana de Gusmão.

## RESULTADOS

Apresentamos a seguir o resultado do levantamento:

Das 213 internações, 40 (18,78%) foram de pacientes procedentes da área 1, 89 (41,78%) procedentes da área 2 e 84 (39,44%) da área 3. A maioria dos pacientes (90,61%) entraram no serviço através da emergência independente da procedência (TAB 1).

Apenas 23 pacientes (10,80%) vieram referidos, dos quais apenas 18 (8,45%) foram contra-referidos, embora te nha sido constatado que, do total de prontuários analisados (pacientes referidos e não referidos), 165 pacientes (77,46%) foram contra-referidos (TAB 2). Destes, somente 3 (1,80%) foram contra-referidos para o local de origem, todos procedentes da área 3. Para o ambulatório geral do HU foram contra-referidos 144 pacientes (67,61% do total de pacientes), sendo 22 procedentes da área 1, 68 da área 2 e 54 da área 3. Os outros pacientes foram contra-referidos para ambulatório de especialidade do HU (9 pacientes/4,23%) e para o HIJG (9 pacientes/4,23%). Não foram contra-referidos 48 pacientes (22,54%) (TAB 3).

Com relação ao quadro de morbilidade, foram detectados 257 diagnósticos de internação, isolados ou associados, sendo os mais frequentes: síndrome diarreico agudo e crônico (112 casos/62,24%), broncopneumonia (70/27,23%), bronquite (17/6,61%), refluxo gastro-esofágico (11/4,28%), convulsão febril (7/2,72%), infecção urinária (6/2,33%), anemia (5/1,94%), febre a esclarecer (4/1,55%), bronquite (3/1,16%), desnutrição (3/1,16%), cardiopatia (3/1,16%), epilepsia (3/1,16%) asma brônquica (2/0,77%) e celulite (2/0,77%). Outros diagnósticos encontrados foram: septicemia, coqueluche, hemorragia digestiva alta, dermatite seborréica, impetigo bolhoso, anemia hemolítica, tuberculose pulmonar, rubéola congênita, síndrome nefrótico e síndrome de West, somando 10 casos (3,89%) (TAB 4).

Nos 23 pacientes referidos foram detectados 26 diagnósticos, sendo 10 pacientes portadores de síndrome diarreico, 4 com broncopneumonia, 5 com refluxo gastro-esofágico, 1 com bronquite, 2 com epilepsia e 3 com outros diagnósticos (TAB 4).



## DISCUSSÃO

Tendo em vista a quase inexistência, na literatura, de trabalhos que fornecessem parâmetros comparativos acerca do sistema de referência e contra-referência, em relação aos dados obtidos em nossa pesquisa, estes foram analisados à luz do marco teórico que fundamenta o atual sistema de saúde.

Até 1986, quando da assinatura da AIS, inexistiam mecanismos formais que permitissem viabilizar a articulação interinstitucional e, inclusive, intrainstitucional (9). Mesmo com a instauração desse instrumento ainda precário, não houve progressos significativos - persistem múltiplas portas de entrada no sistema de saúde(15). A porta de entrada, ou o primeiro contato do indivíduo com o serviço de saúde, deve-se dar a nível primário, de acordo com os níveis de complexidade crescente propostos pelo atual modelo de atenção à saúde (4-17). Segundo a resolução da CIPLAN de nº 3 de 25.03.1981, a determinação dos níveis de complexidade para a adequação e expansão da rede básica dever-se-á fundamentar no grau de diferenciação das atividades desenvolvidas em cada um dos níveis estabelecidos : primário, secundário e terciário(12).

As unidades conformadoras do 1º nível constituem a porta de entrada do sistema de saúde, permitindo acesso universal e igualitário, satisfazendo as necessidades de produção, proteção e recuperação da saúde da população, com um índice de resolubilidade de, no mínimo, 80%. O nível secundário caracteriza-se por desenvolver, além das atividades do nível primário, atividades assistenciais nas 3 áreas médicas: clínica médica, gineco-obstetrícia e pediatria, nas modalidades de atenção ambulatorial. Os ambulatorios de nível secundário deverão reservar uma proporção suficiente de sua capacidade ambulatorial para o atendimento dos pacientes referidos pelo nível primário. O nível terciário caracteriza-se pela maior capacidade resolutiva dos casos mais complexos, nas modalidades de atendimento ambulatorial, urgência, internação e reabilitação (12).

Observamos, em nosso estudo, que a maioria dos pacientes pesquisados teve acesso ao serviço através da emergência do HU, conforme tabela 1, independente da área de procedência, sem apresentarem referência de outros níveis de atendimento. Apenas 8,45% dos pacientes internados no período em estudo foram referidos para internação, sendo pertinente lembrar que esses pacientes também foram admitidos através da emergência.

O HU absorve todas as funções de um sistema complexo de atenção à saúde (3-12), não havendo diferenciação das atividades desenvolvidas no que diz respeito aos diversos níveis de complexidade.



Embora nossa amostragem seja de pacientes internados a nível terciário, o que justifica sua entrada através do serviço de emergência, esses pacientes constituem um grupo etário de alto índice de morbimortalidade(19), necessitando de consultas frequentes (puericultura) a nível de atenção primária. No levantamento do quadro de morbilidade, observamos que mais de 50% das afecções encontradas são processos infecciosos, corroborando dados da literatura (1-2-8-10-14-18-19-20), processos esses passíveis de detecção prévia a nível primário, a despeito das complicações agudas, o que levaria essas crianças a terem acesso a um nível de maior complexidade mediante referência.

Esse sistema de múltiplas portas de entrada, com privilegiamento dos serviços hospitalares de emergência, determinam um quadro de distanciamento entre a porta de entrada de um sistema hierarquicamente organizado e o sistema de atendimento secundário e terciário.

Assim, nossa pesquisa mostra que 90,61% dos pacientes internados tiveram acesso ao serviço de saúde diretamente pelo nível terciário, sem passar por um dos pontos de referência.

Ao escolhermos a faixa etária de menores de 1 ano, partimos do princípio de que, até por ser a faixa de maior risco de morbimortalidade infantil(19), é a que recebe a maior cobertura programática de saúde. Este pressuposto é substanciado no Programa de Atenção à Saúde da Criança/Ministério da Saúde, que preconiza a periodicidade mensal de consultas até o 6º mês de vida e bimestral até o 12º mês, o que significa que, se a cobertura fosse efetiva, todas as crianças passariam por controle médico periódico, permitindo serem referidas a um nível de atendimento de maior complexidade de acordo com suas necessidades. Essa premissa no sentido inverso, o da contra-referência, também é verdadeira. Ressaltamos que em nosso município, o número de estabelecimentos que prestam atenção primária à saúde, com o desenvolvimento de programas de saúde da criança, é de 57(3), o que assegura cobertura nominal.

De fato, ao constataremos que 90% dos pacientes internados entram pelo próprio hospital, entendemos como lógico que a contra-referência destes seja para o próprio hospital, uma vez que alberga estrutura primária, secundária e terciária. No entanto, esta relação é contrária ao que preconiza o próprio SUDS enquanto sistema(4-16), uma vez que pelo menos os pacientes procedentes de outras áreas, que tenham serviço de saúde local, deveriam ser contra-referenciados para esses serviços. Ocorre, então, que um único indivíduo acaba tendo registros de atendimento completamente distintos, sem que o serviço, no caso o hospital, tenha conhecimento do tipo de atendimento prestado pelo serviço local de saúde do paciente, e vice-versa.

Esta situação tem uma grande parcela de deter-

minação na própria estrutura do serviço, uma vez que o HU é financiado pela produção de atendimentos (3), o que gerou, na grande maioria dos HUs, a criação de sistemas ambulatoriais que configura a atual estruturação de complexidades, dentro de si próprios.

A análise dos motivos de internação aumenta nossa especificidade, uma vez que a maioria dos pacientes internados são por patologias normalmente resolvíveis a nível ambulatorial, como demonstra a tabela 4.

Fica claro que não se trata da ausência de contra-referência, pois o sistema tem bem menos pacientes referidos (10,8%) do que contra-referidos (77,46%). Mas, trata-se de um sistema em que a contra-referência, da forma como se dá atualmente, desestabiliza a tentativa de construção de um sistema hierarquizado com base de atenção à saúde próxima à população, pois contra-refere para si próprio (71,84%), mas para um nível de atendimento que não deveria ser o seu.

Na medida em que o HU mantém ambulatorios seus nos bairros da Costeira, Serrinha e Córrego Grande (3-11-12), fica ainda mais drástico que, pelo menos os pacientes desses locais, não sejam contra-referidos e nem referidos.

Assim, entendemos que a Universidade (CCS /HU) deve efetivamente contribuir para a transformação da atual rede de serviços de saúde visando, com a melhor qualidade de assistência à população, adequá-la à prática do ensino das profissões de saúde, na busca de um sistema eficaz e efetivo que atenda aos princípios preconizados no SUDS, contribuindo também com a elaboração de programas, participando do planejamento, gerenciamento e avaliação das ações de saúde.

Considerando a qualificação dos recursos humanos e as condições técnicas e de equipamentos existentes no HU, este deve assumir o ápice da pirâmide assistencial, servindo como referência para o restante da rede do SUDS, tanto para internações e consultas especializadas, como para retaguarda laboratorial e complementar de patologias mais complexas.

É preciso rever o modo pelo qual é organizado e financiado o funcionamento dos HUs, a fim de não inviabilizar a adequação da integração do HU aos Planos de Saúde do SUDS, haja vista a sobrecarga de atendimentos de menor complexidade que vem realizando. Para tal, certamente será necessário uma modificação na rede de assistência de primeiro nível, adequando-a para aumentar sua resolubilidade e credibilidade junto à população.



## CONCLUSÃO

Diante desse contexto, concluimos que:

- \* Não há um sistema hierarquicamente organizado de atenção à saúde infantil, pois o HU desenvolve atividades nos 3 níveis de atendimento ( primário, secundário e terciário ).
- \* Embora tenhamos detectado a existência de contra-referência, onde o HU contra-refere, na maioria dos casos, para si próprio, não há um sistema de informação de referência e contra-referência que garanta o controle efetivo das condições de saúde dos pacientes, na medida em que estes não são contra-referidos para suas áreas de procedência, principalmente no que diz respeito às crianças procedentes de outros municípios.
- \* Há privilegiamento do atendimento a nível hospitalar, em detrimento dos serviços prestados pela rede básica de saúde (nível primário); 90,6% dos pacientes internados tiveram acesso ao serviço diretamente pelo nível terciário, sem passar por um dos pontos de referência.
- \* Questionamos a eficácia dos programas de atenção à saúde infantil desenvolvidos nos serviços da rede básica, pois parece-nos que a maioria das patologias que levaram à internação poderiam ser prevenidas e tratadas a nível primário e secundário.

## SUMMARY

A descriptive study was realized to detect the existence of reference and counter-reference between reference-hospital (HU/UFSC) and the basic system of health services.

The universe of in-patient less than 1 year of age of the University Hospital(HU) pediatric-unity, was studied in the period of july/1987 to june/1988, and the HU comprised area was considered the main procedence.

We observed that while only 10,8% of patients were referred, 71,84% were counter-referred to the own hospital and only 1,4% to their origin place. The greater number of internments causes observed are preventable or tractable in the primary and secondary levels.



A N E X O S

TABELA 1 - Relação entre a procedência dos pacientes menores de 1 ano internados e sua porta de entrada no serviço de saúde do HU, no período de julho de 1987 a junho de 1988. Fpolis, nov. 1988.

Procedência	Ambulatório nº(%)	Emergência nº(%)	Referido p/ Internação nº(%)	TOTAL nº(%)
Área 1	0	40(18,78)	0	40(18,78)
Área 2	0	86(40,38)	03(1,41)	89(41,78)
Área 3	02( 0,94)	67(31,45)	15(7,04)	84(39,44)
TOTAL	02( 0,94)	193(90,61)	18(8,45)	213(100,0)

FONTE: Serviço de Arquivo Médico (SAME)/HU-UFSC.

TABELA 2 - Relação entre referência e contra-referência dos pacientes menores de 1 ano internados no HU, no período de julho de 1987 a junho de 1988. Fpolis, nov. 1988.

	Pacientes Contra-referidos nº(%)	Pacientes não Contra-referidos nº(%)	TOTAL nº(%)
Pacientes Referidos	18( 8,45)	05( 2,35)	23(10,80)
Pacientes não Referidos	147(69,01)	43(20,19)	190(89,20)
TOTAL	165(77,46)	48(22,54)	213(100,0)

FONTE: SAME/HU-UFSC.

TABELA 3 - Relação entre a procedência e a contra-referência dos pacientes internados no HU para controle ambulatorial, no período de julho de 1987 a junho de 1988. Fpolis, nov. 1988.

	Contra-referido para local origem nº(%)	Contra-referido de p/ ambulatório geral do HU nº(%)	Contra-referido p/ ambulat. de especialidade/HU nº(%)	Encaminhado p/ HIJG* nº(%)	Não contra Referido nº(%)	TOTAL nº(%)
Área 1	0	22(55,00)	0	01(2,50)	17(42,50)**	40(100)
Área 2	0	68(76,40)	05(5,64)	03(3,48)	13(14,60)	89(100)
Área 3	03(3,57)	54(64,28)	04(4,76)	05(5,95)	18(21,42)	84(100)
TOTAL	03(1,41)	144(67,61)	09(4,23)	09(4,23)	48(22,54)	213(100)

\* Hospital Infantil Joana de Gusmão

\*\* 1 óbito

FONTE: SAME/HU-UFSC.

TABELA 4 - Detecção de referência de pacientes menores de 1 a no internados no HU, segundo o diagnóstico de internação, no período de junho de 1987 a julho de 1988. Fpolis, nov. 1988.

Diagnóstico	Pacientes Referidos	Pacientes não Referidos	TOTAL nº (%)
Sínd. Diarreico Agudo	05	85	90(35,01)
Broncopneumonia	04	66	70(27,23)
Sínd. Diarreico Crônico	05	17	22( 8,56)
Bronquiolite	01	16	17( 6,61)
Refluxo Gastro-esofágico	05	06	11( 4,28)
Convulsão Febril	0	07	07( 2,72)
Infecção Urinária	0	06	06( 2.33)
Anemia	0	05	05( 1,94)
Febre a esclarecer	0	04	04( 1,55)
Bronquite	01	02	03( 1,16)
Desnutrição	0	03	03( 1,16)
Cardiopatia	0	03	03( 1,16)
Epilepsia	02	0	02( 0,77)
Asma Brônquica	0	02	02( 0,77)
Celulite	0	02	02( 0,77)
Outros	03	07	10( 3,89)
TOTAL	26	231	257(100,0)

FONTE: SAME/HU - UFSC.

## PROTOCOLO Nº 1 - DADOS GERAIS

Nº PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_

NOME DA CRIANÇA \_\_\_\_\_

SEXO      (    ) MASCULINO  
              (    ) FEMININO

PROCEDÊNCIA (bairro/cidade) \_\_\_\_\_

PORTA DE ENTRADA      (☐) AMBULATÓRIO  
                              (☐) EMERGÊNCIA  
                              (☐) ENCAMINHADO - De onde? \_\_\_\_\_

DATA DE INTERNAÇÃO \_\_\_\_\_

MOTIVO DE INTERNAÇÃO \_\_\_\_\_

REFERE NECESSIDADE DE CONTROLE AMBULATORIAL? ( ) SIM  
( ) NÃO

FOI CONTRA-REFERIDO? ( ) NÃO

( ) SIM - Para onde? \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

DATA      /      /



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARROS FILHO, A.A.; BARBIERI, M.A. e SANTORO, J.R. Influência da duração do aleitamento materno na morbidade de lactentes. Bol Of Sanit Panam 99 (6), 1985.
2. BONDI, P.; OLIVARI, F.; LÓPEZ, I.M.; VIGNAU, J.P. y SEPÚLVEDA, H. Crecimiento físico y morbilidad en el primer año de vida según peso de nacimiento. Rev Chil Pediatr 56 (5): 352-57, 1985.
3. BOTELHO, L.J.; SISON, M.C.; MATOS, B.T.; KWITKO, M.; NASSAR, S. e MARINO, S.R.A. Projeto de investigação de metodologia para aplicação em programação local de serviços de saúde - Relatório Final. Fpolis, 1988. Mimeo
4. VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Relatório Final. Brasília, 1986.
5. XXII CONFERÊNCIA SANITÁRIA PANAMERICANA. Guia de documentación para un analisis de la situacion de la descentralizacion y los Sistemas Locales de Salud (SILOS). Março, 1987. Mimeo
6. I CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA. O paradigma da medicina comunitária. Sete Lagoas, 1986. Mimeo
7. I CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE. Política de saúde e a crise hospitalar. Fpolis, . Mimeo
8. LÓPEZ, I.M. y VARGAS, S. Estructura y concentracion de consultas pediatricas en un consultorio-externo. Cuadernos Medicos Sociales 24 (1): 31-8, 1983.
9. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Universidade integrada ao sistema de saúde - UNISIS. Agosto, 1988. Mimeo
10. NEEDLEMAN, C.; BUSSO, N.F.; MANTEROLA, A.C. y LAPACÓ, M. Morbimortalidad por edad y por sexo en un hospital pediatrico. Rev del Hospital de Niños 95 (22): 113-9, agosto, 1981.
11. —Novo sistema de saúde integrada HU. Jornal Universitário - UFSC, nº 90, 22 de agosto, 1988.
12. PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Plano Municipal de Saúde. 1987. Mimeo
13. REY, L. Como redigir trabalhos científicos. 2ª ed, São Paulo, Ed Edgard Blücher Ltda, 1978.

14. ROCHA, J.S.Y. e NOGUEIRA, J.L. Padrões de morbidade em assistência primária na região de Ribeirão Preto, SP (Brasil). Rev Saúde Publ, São Paulo, 19: 215-24, 1985.
15. SANTOS, N.R. Perspectivas presentes e futuras da atenção primária à saúde em municípios brasileiros. I Encontro Regional de Atenção Primária à Saúde do Vale do Paraíba, São José dos Campos, março, 1980. Mimeo
16. SANTOS, N.R. O poder municipal no rumo do sistema unificado de saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986. Mimeo
17. SILVA, L.A.S.R. A educação médica e a reforma sanitária. Mimeo
18. TAKEDA, S.M.F.; STEIN, A.; KANTER, F. e DUNCAN, B.B. Estudo dos motivos de consulta em uma vila na periferia de Porto Alegre. Rev AMRIGS, Porto Alegre, 29 (3): 231-8, jul/ago, 1985.
19. TEIXEIRA, D.E.A.; REZENDE, A.L.S.; MIRANDA, I.A. e FONTENELLE, V.L.C. Frequência de morbidade em crianças menores de 3 anos em diferentes estados nutricionais. Hiléia Médica, Belém, 5 (1/2): 5-15, 1983.
20. VICTORIA, C.G.; BARROS, F.C.; MARTINES, J.C.; BÉRIA, J.U. e VAUGHAN, J.P. Estudo longitudinal das crianças nascidas em 1982 em Pelotas, R.S., Brasil - Metodologia e resultados preliminares. Rev Saúde Publ, São Paulo, 19: 58-68, 1985.

**TCC  
UFSC  
PE  
0029**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE 0029

Autor: Lemos, Tadeu

Título: Morbidade de menores de um ano e



972815052

Ac. 253678

Ex.1 UFSC BSCCSM